

Vyšetření před menšími operačními zákroky v oblasti ORL:

Přípravila Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP

Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonsilektomií u dětí.

Na základě jednání odborných společností včetně ČPS a OSPDL bylo dohodnuto, že laboratorní vyšetření hemokoagulace (APTT, Quick) lze nahradit dotazníkem ke zjištění poruchy krevní srážlivosti (viz příloha). Dotazník s rodiči vyplňuje pediatr zajišťující předoperační vyšetření. Rádně vyplněný dotazník musí být podepsaný vyšetřujícím pediatrem a jedním z rodičů. Dotazník je odeslán s dítětem na přijetí na ORL pracoviště, kde bude dotazník součástí ORL dokumentace. V případě nejistoty při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace pediatr event. ve spolupráci s hematologem zajistí příslušná laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick).

Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonsilektomií u dětí vznikl jako konsenzus odborných společností (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Česká pediatriká společnost ČLS JEP, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Česká společnost intenzivní medicíny a Česká hematologická společnost ČLS JEP). Cílem doporučeného postupu je zvýšit bezpečnost operovaných dětí, nejedná se o nařízení s nutností dodržování pouze uvedeného postupu.

Naopak je třeba, aby se na každém pracovišti, kde se adenotomie a tonsilektomie provádí, příslušné odbornosti domluvily, jaký zvolí postup při přípravě dítěte před operací. Doporučený postup je pouze jedna z možností.

Dotazník pro rodiče před výkony na ORL (zvláště adenotomie, tonsilektomie)

Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti (vyplňuje a stvrzuje podpisem lékaře i rodič dítěte: Rodina:			
1. Je známa porucha srážlivosti krve u:			
rodičů dítěte?	ANO	-	NE
sourozenců dítěte?	ANO	-	NE
rodičů nebo sourozenců matky?	ANO	-	NE
rodičů nebo sourozenců otce?	ANO	-	NE
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?	ANO	-	NE
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)?	ANO	-	NE
Dítě:			
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO	-	NE
5. Časté krvácení z nosu?	jednostranně		
	oboustranně	-	NE
Doba krvácení více než 5 min.?	ANO	-	NE
Nutnost lékařského ošetření?	ANO	-	NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?	ANO	-	NE
7. Prodělané operace? Jaké?	ANO	-	NE
8. Užívání léků? Jakých?	ANO	-	NE

Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti ANO - NE

pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit příslušná laboratorní vyšetření.

Datum

podpis lékaře

podpis rodiče

Prosíme, abyste si dotazník oxerovali a měli jej ve svých ambulancích/ordinacích. Znovu upozorňujeme, že cílem doporučeného postupu je zvýšit bezpečnost operovaných dětí, nejedná se o nařízení s nutností dodržování pouze uvedeného postupu.